

Année 1904

THÈSE

N° 439

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Juillet 1904

PAR

Louis CHANCEL

Ancien Aide d'Anatomie

Lauréat de l'Ecole de Médecine de Dijon

Ex-interne de l'Hôpital Général

LA

Luxation trapézo-métacarpienne

Président : M. TILLAUX, professeur

Juges : { *MM. PINARD, professeur*
LEGUEU, agrégé
POTOCKI, agrégé.

PARIS

HENRY PAULIN & C^{ie}

ÉDITEURS DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

21, RUE HAUTEFEUILLE, 21

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MEDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs :

Anatomie	MM. POIRIER.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	} HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	
Anatomie pathologique	BRISAUD.
Histologie.	LANNELONGUE.
Opérations et appareils	CORNIL.
Pharmacologie et matière médicale.	MATHIAS DUVAL.
Thérapeutique	RECLUS.
Hygiène	POUCHET.
Médecine légale.	GILBERT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHANTEMESSE.
Pathologie expérimentale et comparée.	BROUARDEL.
	DÉJERINE.
	N..
Clinique médicale	} HAYEM.
Maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	DEBOVE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LANDOUZY.
Clinique des maladies du système nerveux	GRANCHER.
Clinique chirurgicale.	} JOFFROY.
Clinique ophtalmologique	GAUCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	RAYMOND.
Clinique d'accouchements	} TILLAX.
Clinique gynécologique	LE DENTU.
Clinique chirurgicale infantile	TERRIER.
	BERGER.
	DE LAPERSONNE
	GUYON.
	} BUDIN.
	PINARD.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agréés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (AUG)	GOUGET	MERY	VAQUEZ (AND.).
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKY	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DÉMELIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (Chef des	
DUPRÉ	LEGREY	travaux anat.)	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND'PÈRE

HYACINTHE CHANCEL

Médecin à Meynes (Gard)

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Bien faible témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A MON ANCIEN CAMARADE

J.-B. GUILLEMIN

Ex-interne provisoire de l'Hôpital Général de Dijon
Novice au couvent des R. R. PP. Dominicains de Gand (Belgique)

*Témoignage de vive amitié
et de complet dévouement.*

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

DE DIJON

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur



Luxation trapézo-métacarpienne complète en dehors
(*Observation personnelle 1*).

LA LUXATION trapézo-métacarpienne

INTRODUCTION

—

Au sujet des luxations carpo-métacarpiennes le professeur Tillaux s'exprime ainsi dans son traité d'Anatomie topographique avec applications à la chirurgie :

« L'articulation carpo-métacarpienne est tellement serrée, sauf celle du pouce, que l'on en conçoit difficilement la luxation ».

Or, même celle du pouce, la seule qui nous intéresse ici, est si peu fréquente, que les auteurs n'en ont signalé jusqu'à ce jour que 26 cas. Ayant eu la bonne fortune de recueillir 4 observations inédites, et ayant pu, ce qui n'avait pas encore été fait, confirmer le diagnostic posé par la clinique au moyen des données nouvelles et certaines apportées par la Radiographie, il nous a semblé intéressant, autant qu'utile à notre éducation scientifique, d'en faire l'objet de notre thèse.

Notre plan sera le suivant :

Après un aperçu historique et une esquisse rapide de l'articulation trapézo-métacarpienne nous passerons successivement en revue :

1. — *L'anatomie pathologique et les variétés de la luxation.*

2. — *L'Etiologie et le Mécanisme.*

3. — *Les symptômes.*

4. — *Le pronostic et les complications.*

5. — *Le diagnostic.*

7. — *Le traitement.*

Avant de poursuivre cette étude nous sommes heureux d'exprimer publiquement notre gratitude à tous ceux qui ont assumé la tâche souvent ingrate de mener à bien notre instruction : merci à vous, chers professeurs des lycées de Rouen, d'Angers et de Gap, qui avez su nous inculquer l'amour du travail ; merci à vous, maîtres vénérés, qui, à l'hôpital général de Dijon et dans les hôpitaux de Paris, nous avez prodigué chaque jour avec vos savantes leçons de nombreuses marques de sympathie, qui nous avez donné un enseignement pratique dont nous apprécions déjà toute la valeur.

M. le professeur Tillaux nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le remercions vivement et nous le prions d'en agréer la dédicace.

M. le docteur Blum, chirurgien des hôpitaux de

Paris, et M. le docteur Destot, membre de la Société de chirurgie des Hôpitaux de Lyon, nous ont très aimablement communiqué de fort intéressants documents, nous leur en sommes très reconnaissant.

Enfin que M. le Docteur Veau, prosecteur à la Faculté de Médecine, nous permette de lui dire toute notre gratitude pour sa très grande amabilité, car, non content de nous offrir une observation inédite, il voulut bien mettre à notre disposition sa bibliothèque et, don plus appréciable encore, son inépuisable érudition.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

HISTORIQUE

Bien que les lésions de l'articulation trapézo-métacarpienne, à la suite d'une chute ou d'un coup sur la région externe de la main, aient depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens, ce n'est qu'au xix^e siècle qu'elles ont été étudiées d'une façon vraiment scientifique.

Hippocrate (1) dans son livre des articulations si complet cependant n'en parle même pas. Celse (2) semble les mentionner dans les lignes suivantes :

« In palma...

Les os qui constituent la paume de la main peuvent aussi se luxer en avant, en arrière, mais non latéralement, parce qu'ils sont disposés à se faire mutuellement obstacle, etc., etc... »

Ambroise Paré (3) lui-même, dont les travaux furent si nombreux et qui touchent presque toutes

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, chap. xxix et xxx, p. 139-161.
Traduction de Littré.

(2) *Edition de Charles des Etangs*, livre VIII, par. 18.

(3) *Edition Malgaigne*, chap. xxix, livre XIV.

les branches médicales, les indique par quelques mots à peine.

Laurent Verduc, qui mourut en 1695, écrit que :

« Toutes les 3 phalanges du pouce se peuvent luxer, elles sont quelquefois très faciles à remettre et quelquefois très difficiles. » Pour comprendre cela il faut se souvenir que les anciens anatomistes ne comptaient que 4 os métacarpiens, ce qui attribuait au pouce 3 phalanges au lieu de deux.

J. L. Petit (1) parle nettement de cette luxation, il la regarde comme difficile à réduire et surtout à maintenir réduite.

Callisen (2) la regarde comme la plus fréquente (?) des luxations du pouce et envisage spécialement le pronostic : il s'exprime sur un ton pessimiste peu fait pour rassurer les malades :

« Cette luxation, dit-il, n'est point sans gravité, nous l'avons vue devenir funeste deux fois et l'amputation du pouce ne put sauver les malades, bien que la réduction eût été faite dans les règles » (!)

Sans être aussi sévère que Malgaigne pour les auteurs que nous venons de citer — il prétend en effet que les « mentions et observations » qu'ils accordent à la luxation trapézo-métacarpienne sont « le fruit de pure imagination » — nous devons reconnaître cependant que leurs travaux ne

(1) Chapitre x, page 78, *Edition de 1837*.

(2) *Edition de 1800*.

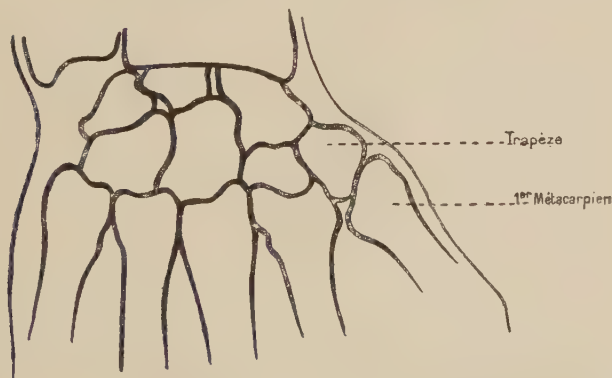
sont que l'ébauche de ceux qui furent faits ultérieurement. Nous citerons Boyer — le célèbre Baron, plus connu pour ses luttes avec Dupuytren, eut le mérite de consigner la première observation authentique que nous possédions — ; Cooper ; Bérard (1845) ; Malgaigne (*Traité des Luxations et fractures*) ; Michon ; Demarquey ; Bourguet ; Gimelle — ce chirurgien fut personnellement gratifié d'une superbe luxation trapézo-métacarpienne et nous avons bénéficié d'une étude très documentée de cette lésion — ; Fourcher (1856) ; Gérin Roze (1858) ; Gosselin (1870) ; Hamilton. Nous avons encore pu recueillir des renseignements intéressants dans les articles de MM. Nélaton et Cahier (*Traité de Chirurgie*), dans l'ouvrage de M. Blum (*Chirurgie de la main*), dans les thèses de MM. Pellerin, Carayon, Girard, Carette.

En résumé, 26 cas de luxations trapézo-métacarpiennes ont été publiés jusqu'à ce jour, si nous y joignons les 4 observations inédites que nous avons recueillies nous arrivons au total de 30 cas. Loin de nous la pensée de limiter à ces 30 observations l'histoire des luxations trapézo-métacarpiennes : certes, d'autres ont dû exister, mais, aucun chirurgien ne les ayant mentionnées, nous les ignorons. Or, ces cas, probables bien qu'inconnus, loin de détruire notre thèse, sont au contraire une nouvelle preuve à l'appui des conclu-

sions optimistes que nous établirons : en effet, si les auteurs n'en ont pas parlé, c'est très vraisemblablement qu'ils n'avaient rien d'intéressant à en dire, que cette classe de luxations n'avait donné lieu à aucune complication.

ANATOMIE

Pour faciliter l'étude des luxations du premier métacarpien sur le trapèze, il convient de rappeler en peu de mots la conformation anatomique des surfaces osseuses en contact, leur union avec les os voisins, en insistant particulièrement sur les points qui intéressent notre sujet.



Squelette du carpe vu par sa face dorsale. (Extrait de l'Anatomie topographique du Prof. Tillaux, ASSELIN, édit.).

Le professeur Poirier, — nous ne saurions avoir de meilleur guide dans une semblable étude, — estime que l'articulation qui nous occupe est « une articulation par emboîtement réciproque, complètement isolée des autres articulations carpo-

métacarpiennes et remarquable par l'étendue de ses mouvements ». La tête métacarpienne présente, en effet, une facette articulaire convexe transversalement, concave dans le sens antéro-postérieur, correspondant à celle du trapèze qui présente naturellement des courbures inverses : il est à noter cependant que la surface articulaire transversale du métacarpien est de dimension notablement supérieure à celle du trapèze. Les deux os sont maintenus en contact par un ligament capsulaire, s'étendant du pourtour de la facette trapézienne au pourtour de la facette métacarpienne. Il est renforcé à la partie postéro-externe par un ligament très fort et très long, allant du tubercule de la face postérieure du trapèze au tubercule médian de la face dorsale du métacarpien ; c'est lui qui limite le mouvement d'opposition du pouce. La capsule articulaire est doublée d'une synoviale très lâche.

La mobilité du cinquième métacarpien sur le trapèze est grande ; il peut se rapprocher du deuxième métacarpien (adduction), s'en éloigner (abduction) ; se fléchir vers la paume de la main (flexion) ; s'en écarter (extension) ; il peut enfin effectuer successivement ces divers mouvements (circumduction).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET VARIÉTÉS

Le trapèze et le premier métacarpien étant maintenus en contact par une capsule assez lâche pour permettre à cette articulation des mouvements en tous sens, il semble que le premier métacarpien puisse se luxer indifféremment en avant, en arrière, en dedans ou en dehors. Mais toutes les observations relatent uniquement des luxations en arrière : aussi les auteurs conclurent-ils qu'elles seules pouvaient exister. Or, Celse parle d'une luxation en avant et nous-même présentons plusieurs cas, ayant été radiographiés, de luxation nettement en dehors : Girard, il nous semble, ne pourrait plus écrire comme il le fit il y a 20 ans, dans sa remarquable thèse : « On comprend que la luxation en dehors soit inconnue et peut-être impossible à cause de la présence du solide tendon du long abducteur ».

Si nous avons trouvé peu de cas de luxations trapézo-métacarpiennes, nous n'en trouvons pas du tout où le blessé ait présenté des lésions concomitantes d'autres organes suffisamment graves pour déterminer sa mort. Nous ne pouvons donc étudier l'anatomie pathologique d'après des au-

topsies pratiquées peu de temps après le traumatisme, aussi serons-nous obligés d'avoir recours à l'expérimentation et à des autopsies de luxations anciennes. Certes, les conditions de production de la luxation sur le cadavre ne sont plus exactement les mêmes que dans la vie, bien des facteurs sont modifiés, mais cependant elles donnent lieu à des considérations qui ne manquent pas d'intérêt. Ces expériences ont été faites avec beaucoup de soin par M. Girard; nous nous ferons un plaisir d'emprunter à son beau travail quelques-unes de ses conclusions. Quant aux autopsies de luxations anciennes, nous en possédons deux : l'une d'un malade de Fourcher (*obs.* 15), l'autre d'un malade de Gérin Roze (*obs.* 16).

Une luxation incomplète du premier métacarpien a été provoquée par Girard qui imprima au pouce une adduction forcée. Il trouva à la dissection de la région les lésions suivantes : « Le court extenseur est accolé au long abducteur et tous deux sont soulevés par une saillie osseuse. L'artère radiale à l'extrémité supérieure de la tabatière anatomique se trouve immédiatement en rapport par son bord externe avec la partie interne de la tête métacarpienne subluxée. Après section du tendon du court extenseur et de celui du long abducteur on voit la saillie de la tête métacarpienne qui chevauche sur la surface articulaire du trapèze, laquelle présente une crête en dos d'âne

dans le sens transversal. La tête supérieure du métacarpien présentant en avant une sorte de bec, d'extrémité en forme de pyramide triangulaire au-dessous du sommet de laquelle s'insère la capsule antérieure, le bec, sous l'influence de la rétropulsion, passe d'abord sur la crête du trapèze, puis en arrière de celle-ci où il est arrêté. De sorte que la partie postérieure, le plan incliné postérieur du dos d'âne est alors en rapport avec cette partie de la face antérieure du métacarpien qui est immédiatement au-dessous du bec de l'insertion de la partie antérieure de la capsule. Cette partie antérieure ligamenteuse est intacte, non tirillée, seulement un peu tendue. Lorsqu'on veut exagérer le mouvement de rétropulsion du métacarpien en haut et en arrière, elle résiste et empêche la tête du métacarpien de se luxer davantage ».

Lorsque Girard arrive à déterminer par des mouvements variés et avec beaucoup de difficultés une luxation complète en arrière, il trouve la tête métacarpienne faisant une saillie considérable sur la face postérieure du trapèze ; la capsule articulaire déchirée à sa partie antérieure et seulement distendue à la partie postérieure.

C'est également une luxation complète en arrière qu'ont les malades de Foucher et de Gérin Roze mais, les os ayant passé de nombreuses années dans leur nouvelle situation, des adhérences anormales se sont produites. Dans le cas de Fou-

cher, par exemple, on trouve le premier métacarpien reposant par son extrémité supérieure sur la face dorsale du trapèze. Il était incliné à angle droit sur cet os et soudé de telle manière que les légers mouvements dont jouissait le pouce se passaient dans les articulations trapézo-scaphoïdienne et trapézo-trapézoïdienne. Les muscles de l'éminence thénar étaient rétractés, confondus et devenus en grande partie fibreux.

Le cas de Gérin Roze est beaucoup plus intéressant, car, tandis que dans l'autopsie précédente les lésions dues à un coup de fusil furent complexes, ici nous sommes en présence d'une luxation typique sans complications. A la dissection du poignet on trouve que le bord antérieur de l'extrémité supérieure du métacarpien répondait au bord supérieur de la face articulaire correspondante du trapèze. La capsule était lâche et très allongée. Des brides fibreuses s'étendaient d'une surface articulaire à l'autre ; les muscles thénars étaient rétractés. La luxation semblait se réduire facilement mais un bourrelet de la capsule qui s'interposait entre les surfaces articulaires, les brides fibreuses et la rétraction des muscles empêchaient que cette réduction fût complète.

En résumé, la tête métacarpienne peut se luxer par rapport au trapèze en arrière et en dehors et chacun de ces déplacements peut être complet ou incomplet.

ETIOLOGIE — MÉCANISME

Nous n'insisterons pas sur les diverses causes prédisposantes tenant à l'âge, au sexe : elles ont peu d'intérêt spécial ici ; remarquons cependant que les vieillards ne sont nullement, comme on pourrait le croire, à l'abri d'une luxation trapézo-métacarpienne : le malade du Dr Destot (*obs.* 3) en est un exemple vraiment typique, car, malgré ses 72 ans, il se luxa le métacarpien au lieu de se le fracturer. La seule cause de ces luxations réside dans le traumatisme qui agit d'une manière directe ou indirecte.

Les causes directes sont des coups portés d'avant en arrière sur l'extrémité supérieure de la face antérieure du premier métacarpien, coups dus soit à l'action d'un corps contondant, soit à une chute sur l'éminence thénar, tout l'effort se concentrant sur la partie indiquée de l'os métacarpien. Le malade de Foucher (*obs.* 15), celui de Carayon (*obs.* 23), ceux de Pellerin (*obs.* 17, 18, 19, 20), sont des exemples du 1^{er} mode de traumatisme ; au contraire, ceux de Malgaigne (*obs.* 7), de De-

marquay (*obs.* 13), de Carayon (*obs.* 24), de Girard, (*obs.* 29) sont des exemples du deuxième.

Il est intéressant de constater que ces causes directes ne produisent que des luxations en arrière ; en général la tête métacarpienne est simplement « amorcée » sur la face postérieure du trapèze : la luxation est dite incomplète ; quelquefois cependant elle recouvre plusieurs centimètres de cette face : la luxation est alors complète comme dans le cas cité par Fourcher (*obs.* 15).

Si certaines luxations sont dues à une cause directe, d'autres, moitié environ des cas observés, sont la conséquence d'un traumatisme indirect, c'est-à-dire d'une force agissante s'exerçant en un point plus ou moins éloigné de celui où la luxation se produira : tantôt le pouce est porté en flexion et en adduction forcées ; tantôt, au contraire, il est porté en extension et en abduction forcées. Il est facile alors de comprendre le mécanisme de la luxation qui va se produire : l'extrémité inférieure ou phalangienne du métacarpien se déplaçant dans le même sens que le pouce, l'extrémité supérieure ou carpienne, celle qui nous intéresse, est vivement sollicitée en sens inverse :

Dans la flexion et l'adduction forcées, après avoir distendu et quelquefois rompu la capsule, la tête métacarpienne se luxera en dehors (*obs. personnelles* 1, 2 et 3) ou en arrière (*obs.* 10 et 12) ; dans

l'extension et l'abduction forcées elle fera effort pour se luxer en dedans, mais rencontrera à cet endroit le plan résistant formé par l'extrémité supérieure du deuxième métacarpien ; alors elle se luxera toujours en arrière et cela pour deux motifs : parce que les muscles de la paume de la main forment en avant une barrière solide et aussi par suite de la disposition des surfaces articulaires qui dirigent en arrière la tête métacarpienne.

SYMPTOMES

Il nous suffirait presque de reproduire ici la partie symptomatique de nos observations pour remplir ce chapitre.

Dans l'immense majorité des cas le blessé raconte qu'il a subi un traumatisme sur la nature duquel nous ne croyons pas devoir insister après la longue discussion que nous venons d'en faire au sujet de l'étiologie de la luxation trapézo-métacarpienne. Il accuse presque toujours la perception d'un craquement au niveau de son articulation et toujours une violente douleur à l'union du premier métacarpien avec le trapèze. Il déclare enfin avoir vu surgir immédiatement après l'accident, à la région externe du dos de la main malade, une saillie dure, douloureuse, et avoir perdu depuis ce moment la majeure partie des mouvements de son pouce : ceux d'extension sont tout à fait impossibles et ceux de flexion sont très limités. Les uns et les autres sont douloureux lorsqu'ils sont communiqués. Notons cependant que très souvent cette impotence n'est pas en rapport avec la gravité de la luxation.

Outre ces phénomènes subjectifs, il existe des phénomènes objectifs d'une importance beaucoup plus grande et différents selon que la luxation est complète ou incomplète.

Trois symptômes cardinaux attirent l'attention du chirurgien : la main est gonflée, déformée, impotente et quelquefois raccourcie.

Le gonflement existe toujours indépendamment du genre de luxation. Il est d'intensité diverse : tantôt plus important, comme dans le cas signalé par Michon (*obs.* 11), tantôt au contraire envahissant tout le poignet, ce qui arriva au malade de Pellerin (*obs.* 19).

Son apparition après l'accident se fait d'une façon variable et sa durée varie également beaucoup. Généralement il disparaît au bout de quelques jours, même si la luxation n'a pas été réduite : la vieille malade dont nous relatons l'accident (*obs.* 1), ne se présenta à la consultation que 20 jours après son traumatisme : or, à cette période son poignet, primitivement très œdématié, était revenu à son état normal : ce n'est même qu'à la disparition de l'œdème qu'elle s'aperçut de la saillie qui occupait la région externe de son poignet.

Cette saillie est constante mais plus ou moins prononcée selon que la luxation est complète ou incomplète.

Dans la luxation incomplète en arrière — la

majorité des cas observés — la saillie est légère mais nettement révélée par le toucher qui montre sa continuité avec le métacarpien, sa dureté et sa situation à la partie inférieure de la face postérieure du trapèze.

Dans la luxation incomplète en dehors, les mêmes signes existent mais avec une localisation différente de la saillie qui est située plus en dehors, accolée à la partie inférieure de la face externe du trapèze, et non plus à la face postérieure comme dans le cas précédent : les radiographies annexées aux observations correspondantes le montrent nettement.

Enfin dans la luxation complète, celle que présentait le malade de Bourguet, par exemple (*obs.* 44), le métacarpien fait une véritable tuméfaction en arrière du trapèze. De plus, l'éminence thénar est visiblement aplatie, et la palpation permet d'y constater une saillie formée par le trapèze abandonné par le métacarpien. Sous cette éminence le doigt s'enfonce dans une cavité assez large, dans une dépression due au déplacement du premier métacarpien.

Quant au raccourcissement, nous en faisons un symptôme pathognomonique de la luxation complète en arrière, car tandis qu'il ne s'observe jamais dans la luxation incomplète en arrière, ou complète en dehors, on le constate toujours dans la luxation complète en arrière. Il est évident que lorsque la

tête métacarpienne glissera en entier sur la face postérieure du trapèze, et alors seulement, la distance de l'apophyse styloïde du côté luxé à l'articulation métacarpo-phalangienne du même côté sera inférieure de 1 ou 2 centimètres à la même distance prise du côté sain. C'est un signe qu'Hamilton constata sur son malade (*obs.* 27) après son deuxième traumatisme, transformant en complète en arrière une première luxation incomplète et que nous ne pûmes obtenir sur aucun des malades que nous présentons parce que tous ont des luxations incomplètes en arrière ou complètes en dehors.

PRONOSTIC

Un coup d'œil d'ensemble jeté sur les observations des luxations trapézo-métacarpiennes qui nous sont connues nous permet d'être beaucoup plus optimiste que Callisen dont nous critiquons l'opinion au début de ce travail. Non seulement cette lésion n'entraîne aucune gravité au point de vue vital, mais même elle est remarquablement bénigne dans ses conséquences ultérieures sur les mouvements du pouce.

Le véritable privilège de cette luxation est d'être facilement réduite et de pouvoir l'être encore très longtemps après l'accident : le malade de Gosselin (*obs.* 22) ne fut soigné que 10 jours après son traumatisme ; celui de Pellerin (*obs.* 17) 23 jours après ; celui de Demarquey (*obs.* 13) 50 jours après ; celui de Boyer (*obs.* 5) seulement 8 mois après. Quelle différence à ce point de vue entre l'articulation carpienne du premier métacarpien et son articulation phalangienne, la présence des os sésamoïdes rendant la luxation de cette dernière très difficile à réduire ; or, nous ne trouvons heureusement rien de semblable dans

la luxation trapézo-métacarpienne. Il existe cependant des cas où la réduction fut impossible, mais en vérité ils sont peu démonstratifs : d'abord le malade de Girard (*obs.* 29), de même que notre malade d'ailleurs (*obs.* 4), après une première tentative infructueuse, refuse toute nouvelle intervention ; puis celui de Foucher (*obs.* 15), atteint d'un coup de fusil et ayant des lésions multiples, fut probablement victime d'une erreur de diagnostic, sa luxation ayant été méconnue tout d'abord. Il ne reste donc que le malade de Bourguet (*obs.* 14), où la luxation aurait été irréductible dès le début. Notons à ce sujet que deux seules tentatives furent faites : une immédiatement, une deux mois après. Ne sommes-nous pas autorisés à penser qu'aujourd'hui la réduction, tentée sous le chloroforme, serait très probablement réalisée.

Le pronostic serait donc excellent si la luxation ne se reproduisait avec une déconcertante facilité ; il est donc ici, plus encore que dans tout autre traumatisme, subordonné à la valeur du chirurgien et à l'efficacité de l'appareil qu'il posera pour maintenir la luxation réduite.

Heureusement, même si la luxation s'est reproduite, à condition toutefois qu'elle ne soit pas trop prononcée, la gêne fonctionnelle est en général fort minime : il nous suffit de citer le malade d'Hamilton (*obs.* 27) qui garda 25 ans, sans en

être gêné, une luxation incomplète de son cinquième métacarpien. Notre malade (*obs. personnelle 1*) se trouve dans un cas semblable.

Nous noterons encore en faveur de cette luxation que jamais, à la suite d'une réduction et du port plus ou moins long d'un appareil, ne se sont observées d'arthrite ni de raideurs articulaires, reliquats si fréquents dans d'autres articulations, celle du coude par exemple.

Une véritable complication, mais fort rare et en réalité peu dangereuse si elle est convenablement traitée, est la fracture de la tête du métacarpien : le malade du docteur Destot (*obs. 4*) eut en plus de sa luxation — l'épreuve radiographique en a fait foi — une fracture de la partie interne de la tête métacarpienne et, malgré cette complication, guérit complètement et recouvra la plénitude de ses mouvements.

DIAGNOSTIC

Craquement, douleur et saillie osseuse localisés à l'articulation trapézo-métacarpienne et succédant à un traumatisme, impotence fonctionnelle du pouce et quelquefois raccourcissement de la région externe de la main, tels sont les symptômes que nous venons de reconnaître à la luxation du premier métacarpien sur le trapèze, et qui nous permettront d'arriver au diagnostic.

En général, il s'impose. Quelquefois cependant un gonflement énorme, survenant immédiatement après l'accident, peut faire hésiter : il suffit alors d'attendre quelques jours que l'œdème ait diminué pour constater la luxation.

La tumeur blanche d'un os de la région ne pourra même faire naître un doute au sujet du diagnostic : le début lent, la consistance molle de la saillie éloignent toute idée de luxation.

Une fracture du corps du métacarpien présente de la crépitation, siège à un niveau différent, ne gêne pas les mouvements de l'articulation : elle sera donc facilement éliminée.

Le diagnostic de luxation étant posé avec certi-

tude, la variété sera facilement déterminée ; la saillie plus volumineuse et le raccourcissement plaideront en faveur d'un déplacement complet en arrière. Par contre, si la tête métacarpienne est incomplètement luxée, il sera toujours difficile de la localiser exactement en dehors ou en arrière ; il sera plus difficile encore de dire si une fracture vient compliquer la luxation. Mais ce que les moyens cliniques ordinaires ne peuvent révéler sera clairement mis en évidence par la radiographie, qui montre nettement la situation respective des extrémités osseuses : les observations personnelles que nous présentons nous semblent intéressantes à ce point de vue ; la radiographie de l'observation 4 l'est tout particulièrement, puisqu'elle décèle une fracture de la tête métacarpienne compliquant la luxation et n'ayant pas été diagnostiquée.

TRAITEMENT

En présence d'une luxation trapézo-métacarpienne deux indications s'imposent au chirurgien :

1° *Réduire la luxation.*

2° *Maintenir cette réduction.*

Lorsque la luxation est incomplète, il suffit de presser légèrement sur la saillie que forme la tête métacarpienne pour la voir disparaître et reprendre sa place normale. Si la luxation est complète, si la tête métacarpienne est remontée en totalité sur la face postérieure du trapèze, il est nécessaire que le chirurgien, les deux mains placées autour du poignet du blessé, les pouces étant au niveau de la saillie dorsale, repousse cette saillie en bas pendant qu'un aide exerce une traction douce, mais soutenue sur les doigts et en particulier sur le pouce.

Mais si la réduction est généralement facile, le maintien de cette réduction est toujours difficile : c'est là que réside le gros problème qu'il faut résoudre. On peut dire que les bandages et les appareils les plus variés ont été employés : chaque

chirurgien a dû inventer le sien au moment où il en a eu besoin, n'ayant encore jamais rencontré pareille lésion. Boyer, Malgaigne et Nélaton ont employé un appareil très simple : il se compose d'une compresse languette que l'on place sur l'extrémité postérieure de l'os réduit, par dessus on met une attelle en bois et le tout est fixé par des tours d'une bande étroite prenant à l'extrémité du pouce et allant jusqu'au poignet. Par ce moyen le pouce et le métacarpien sont tenus tous deux dans l'extension.

Bérard employait une compresse pliée en plusieurs doubles soutenue par un bandage dextriné qui fixait le pouce dans une position moyenne.

Les malades observés par Pellerin ont été traités par l'extension forcée du pouce et du métacarpien sur l'avant-bras. Ce procédé a été difficilement toléré par les malades, et on a dû revenir aux moyens précédents.

A notre avis l'appareil de choix est celui que M. Blum appliqua à son malade (*obs.* 2) : la main est immobilisée dans une gouttière plâtrée ouverte du côté cubital, remontant au-dessus du poignet et descendant jusqu'à la naissance des phalanges des quatre derniers doigts : le pouce y est maintenu dans la rectitude et rapproché des autres doigts dans une position intermédiaire à l'adduction et à l'abduction. Le point essentiel est, s'il s'agit d'une luxation ayant des tendances à se reproduire,

d'opérer la réduction pendant que le plâtre sèche et d'exercer une compression sur la tête métacarpienne tant que l'appareil n'a pas acquis une dureté suffisante pour s'opposer à tout nouveau déplacement.

Quinze jours après le plâtre est enlevé, on masse la main et on fait jouer avec délicatesse les diverses articulations ; puis, pendant une quinzaine encore on immobilise de nouveau le poignet et le pouce, mais simplement avec une bande et encore l'enlève-t-on deux fois par jour, un quart d'heure, pendant une séance de massage et de mobilisation.

La guérison est généralement complète au bout de quatre à huit semaines : le malade dont nous rapportons l'observation (*obs.* 2) et qui subit ce traitement a récupéré tous les mouvements de son pouce d'une manière si satisfaisante qu'il a pu reprendre ses pénibles occupations d'homme d'équipe à la compagnie des chemins de fer de Lyon.

Une hypothèse qui doit être faite est celle d'une luxation récente irréductible et s'accompagnant d'une impotence fonctionnelle très marquée : dans ce cas la réduction sanglante s'imposerait, mais nous n'avons pas d'exemple de ce fait.

Dans une luxation ancienne complète qui, pour une cause quelconque, n'aurait pas été réduite, on devrait songer à la résection de la tête méta-

carpienne, toute réduction même à ciel ouvert étant rendue impossible par les adhérences nombreuses des divers tissus dans leur nouvelle situation (*obs.* 15 et 16) ; mais pour ce cas comme pour le précédent, nous n'avons aucune expérience personnelle. En effet, la seule des malades que nous présentons dont la luxation n'ait pas été réduite (*obs.* 1) se sert de sa main malade, presque aussi bien que de l'autre ; dans ces conditions toute intervention sanglante est absolument contre-indiquée.

Donc, en résumé les luxations de l'extrémité supérieure ou carpienne du 1^{er} métacarpien sont bien différentes des luxations de l'extrémité inférieure ou phalangienne, car, à l'inverse de ces dernières, elles sont faciles à réduire, ne déterminent quand elles ne sont pas réduites qu'une impotence fonctionnelle minime et qui s'atténue à la longue, enfin n'obligent jamais le chirurgien à ouvrir l'articulation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (*personnelle*).

Madame L., âgée de 60 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Cochin le 24 octobre 1903. La malade ne voulant pas entrer à l'hôpital voici les quelques notes qui purent être prises : elle n'accuse aucun antécédent ayant trait à quelque affection des os et déclare qu'elle était en excellente santé au moment de son accident. Elle est tombée, dit-elle, 16 jours auparavant, sur le pouce gauche dont le mouvement d'extension a été violemment exagéré ; à ce moment elle a perçu un craquement au niveau de son articulation trapézo-métacarpienne et a rencontré en ce même point une douleur excessivement vive, d'une telle intensité qu'elle a eu une syncope. Les trois jours suivants la souffrance persista au point de l'empêcher de dormir, actuellement elle a notablement diminué. En même temps que la douleur, apparut de l'œdème sur toute la moitié externe du dos de la main. La malade se massa, l'œdème disparut au bout de quelques jours et c'est alors seulement

que, s'apercevant qu'elle avait une saillie sur le dos de la main, elle s'inquiéta et vint consulter un chirurgien.

Cette déformation, très nette à la vue, occupe le bord externe de la main au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Il est évident que la tête du premier métacarpien est déplacée en dehors ; la palpation confirme cette impression, car en suivant avec le doigt le métacarpien on acquiert la certitude que la saillie constatée fait corps avec lui et a nettement la forme de son extrémité supérieure. Immédiatement au-dessous on trouve une dépression manifeste limitée en bas et en dehors par cette tête luxée et en haut et en dedans par la face latérale du trapèze non déplacé. — En avant, l'éminence thénar est aplatie.

Après avoir mesuré d'une façon très minutieuse du côté malade et du côté sain la distance comprise entre la saillie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et l'apophyse styloïde du radius, on trouve une différence de quelques millimètres à peine.

Le pouce est en extension et légèrement en abduction ; les mouvements spontanés sont très limités et les mouvements provoqués tant d'extension que de flexion, d'abduction que d'adduction sont également moins étendus et rapidement douloureux si on veut en augmenter l'amplitude.

Les rayons X viennent confirmer le diagnostic

clinique : la radiographie montre en effet que la tête métacarpienne a abandonné sa situation normale, qu'elle est projetée en dehors sans cependant avoir subi sur une face quelconque du trapèze un mouvement d'ascension marqué : nous sommes donc bien en présence d'une luxation trapézo-métacarpienne en dehors.

Une tentative de réduction fut essayée sans succès lorsque la malade vint consulter ; comme elle se plaignait beaucoup, il fut décidé qu'on ne recommencerait que lorsque la radiographie aurait apporté la preuve que la luxation ne se compliquait d'aucune fracture. Mais lorsque la radiographie eut été faite on ne revit plus la blessée (1).

Nous avons pu, non sans beaucoup de recherches, revoir M^{me} L... Elle n'avait plus consulté de médecin et sa luxation existe toujours ; la tête métacarpienne fait une saillie fort disgracieuse sur le bord externe du poignet. M^{me} L. nous a déclaré qu'elle se souciait fort peu des considérations morphologiques que nous lui exposions pour la décider à une intervention et qu'ayant des mouvements, un peu limités certes, mais bien suffisants pour une main gauche, elle préférerait le *statu quo* à une amélioration qui devait être nécessairement précédée d'une « opération ».

(1) Radiographie, page 6.

OBSERVATION 2 (*personnelle*).

M. N... manouvrier au service de la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, âgé de 35 ans, se présente le 22 mars 1904, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Blum pour un accident qui lui était arrivé la veille. En déchargeant un wagon, un sac très lourd qu'il reçoit sur la main droite porte son pouce en abduction exagérée. Il ressent immédiatement une vive douleur et perçoit un craquement dans son poignet. En même temps apparaît une saillie sur le dos de la main; de plus, il ne peut remuer le pouce. A l'examen nous constatons que les mouvements du pouce sont, non complètement abolis comme le dit le malade, mais très notablement diminués dans tous les sens. La saillie très volumineuse que l'on sent au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne est due à la tête du premier métacarpien : on en distingue nettement le relief. La région ne présente à la mensuration qu'un très minime raccourcissement.

L'examen radiographique montre nettement l'existence d'une luxation trapézo-métacarpienne

incomplète : la moitié externe de la surface articulaire du métacarpien débordé en dehors la surface articulaire correspondante du trapèze. Il n'existe aucune fracture.

Nous constatons en outre que les autres articulations du malade sont particulièrement lâches, ce qui nous semble une prédisposition très nette aux luxations.

La réduction est très facile, il suffit d'appuyer sur la saillie pour la faire disparaître, mais, dès que le doigt qui maintient à sa place la tête métacarpienne est enlevé, la saillie reparaît.

Un appareil plâtré est appliqué et le malade quitte l'hôpital.

Nous avons pu le revoir le 5 juin. Il est complètement guéri et a repris son travail.

OBSERVATION 3 (*inédite*) (1).

M. X... âgé de 72 ans, habitant Lyon, est renversé par une voiture le 25 juillet 1903. Dans sa chute le pouce droit est porté en abduction forcée. Le vieillard sent immédiatement une vive douleur sur le bord externe de la main et s'aperçoit qu'il ne peut plus imprimer à son pouce que des mouvements très limités. Il est transporté immédiatement à l'hôpital, et l'interne de garde constate que — contrairement à ce qu'il s'attendait à trouver chez un sujet aussi âgé, — le métacarpien n'est pas fracturé, mais que l'énorme saillie situé sur le bord externe de la main est due à une luxation en dehors de la tête du métacarpien.

Le malade est radiographié, sa luxation facilement réduite et, grâce à un appareil contentif, il sort de l'hôpital complètement guéri moins de 3 semaines après son accident.

(1) Observation communiquée par M. le Dr Destot, de Lyon.

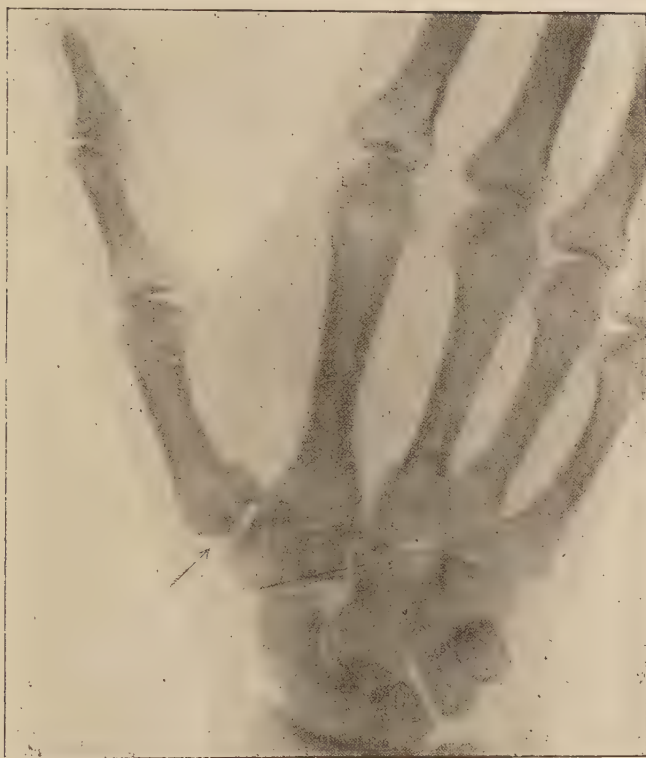


Luxation trapézo-métacarpienne complète en dehors (*Obs. 3.*)

OBSERVATION 4 (*inédite*) (1).

M. P., au cours d'une promenade aux environs de Lyon fait une chute de bicyclette. En se relevant il constate qu'il ne peut remuer son pouce gauche sans ressentir une vive douleur au niveau du poignet. De plus, une saillie très légère existe au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne. Son beau-frère, chirurgien des hôpitaux, qui l'accompagne, diagnostique une luxation incomplète du premier métacarpien sur le trapèze, la réduit et improvise un appareil pour l'empêcher de se reproduire. Le lendemain, les douleurs persistant, le malade est radiographié et on s'aperçoit : 1° que sa luxation s'est reproduite ; 2° qu'elle est compliquée d'une fracture de la partie interne de la tête du cinquième métacarpien. Une deuxième réduction aussi facile que la première est opérée, mais en présence de l'évidente difficulté de main-

(1) Même source que la précédente.



Luxation trapézo-métacarpienne incomplète en dehors, compliquée de la fracture de la partie interne de la tête métacarpienne (*Obs. 4*).

tenir cette luxation réduite, on applique un appareil plâtré en forme de 8. Ce plâtre, bien que refait plusieurs fois parce qu'il était mal supporté, assure cependant au bout d'un mois une guérison complète.

OBSERVATION 5

(BOYER : *Chirurgie*, Tome IV, 1814, page 269.)

« M^{me} de P... se luxa le premier os du métacarpien gauche, en arrière, en tombant sur le bord externe de la main. Sa luxation fut méconnue par le chirurgien du village où M^{me} de P... se trouvait alors. On se contenta de combattre les accidents qui se dissipèrent ; mais il resta de la difformité au côté externe du carpe et les mouvements du pouce étaient très gênés, surtout celui d'extension. Deux mois après cet accident, M^{me} de P... étant à Rennes, consulta son chirurgien ordinaire qui reconnut la luxation, la réduisit avec facilité et conseilla l'usage d'une attelle et d'une bande roulée. Ces moyens furent négligés. Six mois après, je vis M^{me} de P... Voici quel était alors l'état des choses.

L'extrémité supérieure du premier métacarpien formait en arrière une saillie très remarquable ; cet os et le pouce étaient inclinés vers la paume de la main ; en pressant avec le pouce sur la saillie formée par l'extrémité supérieure de l'os, on faisait rentrer cette extrémité dans sa place naturelle et la saillie disparaissait. Tant que l'on continuait la pres-

sion, l'os restait en place et le pouce pouvait se fléchir et s'étendre aussi librement que dans l'état naturel ; mais aussitôt que l'on discontinuait la pression, l'os se déplaçait de nouveau et les mouvements du pouce redevenaient presque impossibles. Je proposai à M^{lle} de P... d'employer un moyen mécanique propre à comprimer l'extrémité supérieure de l'os et à le maintenir dans sa place naturelle ; mais comme elle était peu incommodée par cette maladie et que d'ailleurs je ne lui dissimulai pas que, pour retirer de ce moyen tout l'avantage qu'on pouvait en attendre, il faudrait en continuer l'usage pendant très longtemps, elle préféra rester dans l'état où elle était.

J'ai vu depuis cette dame et j'ai remarqué qu'il ne s'était fait aucun changement dans son état. »

OBSERVATION 6

(BÉRARD : Gazette des Hôpitaux, 1845, page 242.)

Un homme, en donnant un violent coup de poing, qui infléchit le pouce dans la paume de la main, ressent une douleur vive et subite au poignet, et fait constater une luxation métacarpo-trapézienne en arrière, incomplète, et, comme on le voit, de cause indirecte. Saillie légère de la tête métacarpienne en arrière, pas de dépression du côté de l'éminence thenar. La réduction est facile, mais il y a tendance à

un nouveau déplacement. Un appareil bien fait amène la guérison complète.

OBSERVATION 7

(MALGAIGNE. — Revue médico-chirurgicale, tome IV, 1848, page 111.)

Le 22 juin 1847, s'est présenté à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis, le nommé Ponteau, âgé de 20 ans. Il était tombé la veille de sa hauteur, sur la main droite fortement étendue et, au même moment, il avait ressenti une douleur très vive au niveau de l'articulation du premier métacarpien avec le trapèze ; la douleur ne diminuant point et les mouvements du pouce s'en trouvant fort gênés, le malade se décida à venir à la consultation. La main ne portait aucune trace de contusion, il y avait un peu de tuméfaction, pas de déformation bien sensible à la vue, il n'y avait pas de déviation, ni flexion forcée, ni extension ; mais on sentait, au toucher, une légère saillie en arrière, au niveau de l'articulation du métacarpien du pouce avec le trapèze. Lorsque l'on communiquait à cette articulation des mouvements d'arrière en avant, on augmentait notablement cette saillie qui était formée par l'extrémité articulaire du premier métacarpien ; tous les autres mouvements étaient impuissants à faire sortir la tête de l'os de sa position normale.

Au total, la luxation était essentiellement incomplète et aucun mouvement ne faisait sortir l'os en entier de ses rapports avec le trapèze. Quand on abandonnait le pouce à lui-même, la saillie diminuait sans disparaître en entier ; mais la moindre pression obtenait une réduction complète, qui ne persistait toutefois qu'autant que la pression était maintenue.

On appliqua sur la face dorsale du pouce, le long du bord radial de l'avant-bras, une attelle qui, au moyen d'un petit tampon de linge, appuyait sur l'extrémité luxée de l'os métacarpien, et on maintint cet appareil pendant 20 à 25 jours. Au bout de ce temps, le pouce fut abandonné à lui-même ; il n'avait perdu aucun de ses mouvements, et la luxation ne se reproduisit pas.

OBSERVATION 8

(MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations.)

Un homme, en sautant un fossé, tombe sur le pouce de la main droite incliné en dedans. Il y a luxation complète. Le pouce est visiblement raccourci de 5 à 6 millimètres environ. Réduction. Guérison.

OBSERVATION 9

(MALGAIGNE. — Traité des fractures et des luxations.)

Luxation complète datant de plus de 20 ans. Les conséquences du déplacement non réduit ont été les suivantes : l'extension et la flexion, qui sont surtout l'œuvre des phalanges, étaient satisfaisantes ; mais l'adduction et l'abduction dévolues au métacarpien étaient restées fort gênées. Ainsi, tandis que le pouce gauche (côté sain) s'écartait de l'index à angle de 100°, le pouce droit (côté malade) n'allait pas à 60°. Le mouvement d'abduction augmentait la saillie de l'os à la face dorsale. D'autre part, tandis que l'adduction amenait le pouce gauche au contact du petit doigt, le pouce droit (côté malade) atteignait à peine l'annulaire. La force de la main était donc bien diminuée. Pour serrer, pour presser, pour soulever un fardeau, le malade était obligé de recourir à son autre main. Une forte pression avec sa main droite ramenait même les douleurs dans l'articulation luxée. Les changements de temps amenaient aussi une certaine souffrance.

OBSERVATION 10

(MALGAIGNE. — Traité des fractures et luxations.)

Grimelle se luxa complètement le métacarpien en faisant une chute dans laquelle le pouce avait été fortement renversé en arrière. Il se réduisit immédiatement sa luxation sans difficulté, en tirant simplement sur le pouce et un bandage roulé lui suffit pour la maintenir réduite.

OBSERVATION 11

(MICHON. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1848.
Tome I.)

Un élève du Lycée Louis-le-Grand avait fait une chute et la partie antérieure du premier métacarpien avait porté sur le rebord d'une table. Il n'y avait pas de gonflement. Le trapèze formait une saillie semblable à un kyste. On trouvait très facilement la dépression articulaire et le relief du métacarpien qui était ici porté en dedans, du côté du cubital. Le pouce conservait une rectitude parfaite, la réduction fut très facile : quelques jours après, le jeune malade pouvait se servir de son pouce.

OBSERVATION 12

(MICHON. — Bulletin de la Société de chir. 1848, t. I.)

Un garçon boulanger eut la main prise sous un tonneau : le premier métacarpien supporta tout le choc. Lorsque le malade se présenta à la consultation le lendemain de l'accident, M. Michon ne trouva pas les signes caractéristiques indiqués par les auteurs. Le pouce, au lieu d'être incliné et fléchi, était droit. Il existait une tumeur au-dessus du trapèze, et comme il n'y avait pas encore de gonflement, on sentait très bien la surface articulaire du métacarpien. On percevait aussi un bruit de frottement qui aurait pu faire croire à une crépitation de fracture. On constata un raccourcissement de 1 centimètre. La réduction fut très facile, mais les parties n'ayant pas été convenablement maintenues, la luxation se reproduisit. Une nouvelle réduction fut faite, et cette fois elle fut définitive grâce à l'emploi de l'appareil généralement employé (attelles et bandelettes).

OBSERVATION 13

(DEMARQUAY. — Bull. de la Soc. de chirurgie, 1851,
t. II, p. 110.)

Un homme de 60 ans, exerçant la profession de tapisserie, cherchait à ramener les deux extrémités d'un corps flexible en contact l'une de l'autre. Dans cet effort, la main gauche glissa et l'éminence thénar de cette main vint violemment frapper contre un corps dur et résistant. Le choc fut violent, cet homme ressentit une vive douleur et s'aperçut bientôt d'une déformation de la main. Pendant six semaines environ, il se borna à appliquer des compresses résolutives sur la partie malade. Je le vis 50 jours environ après son accident. Voici l'état des parties malades : la main a perdu sa forme normale, le métacarpien n'est plus dans l'axe du radius, il est obliquement dirigé en haut et en dedans ; la partie déplacée repose sur l'articulation du trapézoïde et du second métacarpien, une faible partie de la surface articulaire est encore en rapport avec le trapèze ; on sent, en posant le doigt sur le carpe, l'extrémité inférieure du métacarpien. A l'origine de l'éminence thénar, qui se trouve aplatie et déformée, on sent la capsule formée par la surface articulaire du trapèze. Les mouvements sont douloureux, la flexion existe encore à un faible degré, l'extension est impossible,

les muscles formant l'éminence thénar sont atrophiés, si on les compare à ceux du côté opposé. L'extension du métacarpien est faite avec la pince à réduction. Combinée avec le refoulement de l'extrémité terminale du premier métacarpien en dehors, elle a facilement triomphé de cette luxation.

OBSERVATION 14

(BOURGUET. — Revue médico-chirurgicale, 1833, t. XIV, p. 93.)

Un homme de 26 ans fait une chute dans laquelle le pouce est fortement renversé en arrière. Abduction forcée. Cause indirecte.

L'os métacarpien fait en arrière une saillie évaluée à 12 ou 15 millimètres. Le pouce est raccourci également. Le métacarpien touche presque à l'apophyse styloïde du radius. Le pouce est porté un peu en avant et en dedans, légèrement fléchi dans la paume de la main.

Dès le 2^e jour, une tentative de réduction est faite, mais suivie d'insuccès. Au bout de 2 mois, nouvelle tentative, nouvel échec malgré des efforts persistants et variés. La luxation est donc restée irréductible. L'extension était impossible, la flexion et l'opposition aux autres doigts bornées et douloureuses.

OBSERVATION 15

(FOUCHER. — Bulletin de la Société d'anatomie, 1856,
2^e série, t. I.)

Une luxation complète, datant de 20 ans, est le résultat de l'éclatement d'un fusil : donc, cause directe. La luxation est restée irréductible. A 50 ans, le malade meurt d'une affection interne.

OBSERVATION 16

(GÉRIN ROZE. — Bulletin de la Soc. d'Anat., 1858,
2^e série, t. III.)

Une femme de 35 ans présente une luxation complète de cause indirecte. Le déplacement, datant de plusieurs années, avait été produit par une chute sur le bord externe de la main et n'avait pu être maintenu réduit. Le premier métacarpien faisait une saillie de 8 à 9 millimètres. Il occupait le creux de la tabatière et refoulait légèrement en dedans le tendon du long extenseur du pouce qu'il soulevait. En avant, le trapèze fait une saillie très manifeste et on constate un aplatissement de l'éminence thénar. Le pouce, presque droit, est situé sur un plan postérieur

à celui des autres doigts et est à peine fléchi dans la paume de la main. Les mouvements de flexion et d'extension du pouce ont conservé leur intégrité. Il n'en est pas de même des mouvements d'adduction et d'abduction qui sont fort limités. La mort survint accidentellement.

OBSERVATION 17 (*Résumée*)

(PELLERIN. — Thèse, Paris, 1864.)

Claude M..., ciseleur, entre à l'hôpital le 26 mars 1863. Le 3 mars, il a frappé le manche de son ciseau avec la face palmaire de la main droite, au niveau de l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Les mouvements du pouce sont limités et douloureux, surtout ceux d'extension. On trouve une luxation en arrière du premier métacarpien. La réduction est facile, mais avec tendance à la reproduction du déplacement. Un appareil contentif est appliqué et le malade guérit en 12 jours.

OBSERVATION 18 (*Résumée*)

(*même source*)

Le 11 janvier 1864, entre à l'hôpital le nommé François C..., tapissier, âgé de 38 ans. Le 15 décem-

bre dernier, dans un accès de colère, saisissant un chandelier de la main droite, il tourne la bobèche en bas et le frappe violemment sur la table. La bougie était restée, elle fit remonter le bouton qui repoussa directement en haut l'extrémité supérieure du premier métacarpien. Cette cause directe détermina une luxation incomplète en arrière du premier métacarpien. La réduction fut facile et le malade guérit en 13 jours.

OBSERVATION 19 (*Résumée*)

(*même source*)

Jules L... a 32 ans. Il entre à l'hôpital le 23 mai 1864, pour une luxation en arrière du premier métacarpien sur le trapèze ; il forgeait avec un marteau assez gros. Un coup a porté à faux et l'extrémité du manche a appuyé sur la tête du premier métacarpien et l'a chassée en arrière. Tout mouvement actif est impossible. Cette luxation est une récurrence : le malade raconte en effet que 8 ans auparavant, même accident lui était arrivé et que, depuis, il avait toujours ressenti de la gêne dans les mouvements du pouce. La réduction est facile et est facilement maintenue.

OBSERVATION 20 (*Résumée*)

(*même source*)

Un mécanicien de 36 ans, Mathieu D..., fait le 28 avril 1864 une chute sur la face dorsale de l'extrémité antérieure du premier métacarpien droit.

En tombant, il n'a pas entendu de craquement, mais il a ressenti une vive douleur au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne et n'a pu travailler; il a appliqué des compresses résolutives et se présente à l'hôpital dans l'état suivant : la région est déformée, le pouce tombe dans la paume de la main, les mouvements actifs sont impossibles, ceux communiqués sont très douloureux. Il n'y a pas de gonflement, aussi voyons-nous une tumeur dure, saillante, que la pression fait disparaître en chassant en avant le pouce pour reparaître aussitôt que le doigt est retiré.

La réduction faite, on applique un appareil. Le 9 mai, le malade est guéri.

OBSERVATION 21 (*Résumée*)

(*même source*)

L... Henri, marchand ambulant, entre à l'hôpital le 21 avril 1864. Il a 40 ans et est d'une constitution

vigoureuse. Il a fait, 15 jours auparavant, une chute de 7 pieds de hauteur sur le bord radial de la main. Une vive douleur au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne s'est manifestée au moment de l'accident. On trouve une tumeur osseuse très saillante occupant la tabatière anatomique et se continuant avec le premier métacarpien. On constate un raccourcissement du pouce de 8 millimètres. L'extension est impossible et les autres mouvements limités et douloureux. La réduction est faite, mais la luxation se reproduit. Un appareil contentif est placé. Le malade n'a plus été revu.

OBSERVATION 22 (*Résumée*)

(GOSSELIN ; clinique du 12 mars 1870.)

Un jeune homme de 26 ans, décatisseur, fait une chute sur une balle de drap ; c'est la face dorsale du premier métacarpien, fortement fléchi, qui supporte le poids du corps. Quarante jours seulement après l'accident, le malade montre sa main à un médecin : il a une luxation trapézo-métacarpienne en arrière, qui se manifeste par une légère saillie au niveau de la tête du métacarpien, saillie surmontée d'une dépression. La réduction est facile, mais se reproduit. Grâce à un appareil bien fait, le malade guérit en 15 jours.

OBSERVATION 23

(CARAYON. — Thèse de Paris, 1872.)

Le 10 janvier 1871, Schable, soldat, cherche à retenir un fourgon qui glissait, en étendant la main. L'angle postérieur du fourgon le frappa en reculant. Schable ressent un craquement, puis une douleur très vive au niveau du poignet.

La tête du premier métacarpien est luxée en arrière et de côté. Le long extenseur et le long abducteur sont tendus par le déplacement et dessinés sous la peau. La palpation est douloureuse, l'impotence fonctionnelle marquée. Les mouvements communiqués sont peu étendus, l'extension est surtout douloureuse. La réduction est facile et est bien maintenue. Guérison complète.

OBSERVATION 24 (*Résumée*)

(*même source*)

Le 17 août 1870, Michel, soldat, tombe la main étendue sur une pierre. Il éprouve une douleur très vive au niveau du poignet. On constate une tumeur de la grosseur d'une noix à la partie postéro-externe

de la région carpienne. L'éminence thénar gauche est aplatie, le pouce fléchi sur la paume de la main. L'extension est impossible ; les mouvements communiqués en ce sens sont très douloureux et limités. La distance comprise entre la saillie de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et l'apophyse styloïde du radius est moindre du côté malade. La réduction se fait, mais après un certain effort. La guérison a lieu au bout d'un mois.

OBSERVATION 25

(ALBERT RENÉ. — Gazette des Hôpitaux, 1882, p. 580.)

Un clairon des pompiers de la caserne d'A. âgé de 28 ans, étant à la manœuvre, le 18 septembre 1880, sur les bords de la Moselle, et voyant tomber un seau à l'eau, s'élance pour le saisir. Il glisse et tombe à la renverse, les bras étendus en arrière pour se retenir. Le poids de son corps porta pour la plus grande partie sur le pouce de la main droite. Il ressentit immédiatement une douleur très vive au niveau du premier métacarpien et y constata une saillie dure assez prononcée sur la face dorsale. Une luxation incomplète et en arrière s'était produite. La réduction fut faite facilement et moins de 8 jours après l'accident, le malade était guéri.

OBSERVATION 26

(HAMILTON. — Traité des fractures, 1884. Traduction Poinso.)

« Peter Golden, âgé de 16 ans, eut le métacarpien du pouce luxé incomplètement en arrière par un coup qu'il reçut à la face postérieure de l'extrémité digitale de cet os. Deux médecins qu'il consulta, le jour même de l'accident, et 7 jours après, ne purent reconnaître le déplacement. Après avoir fait prendre une photographie de la main blessée, j'endormis le blessé et opérai facilement la réduction, que je maintins à l'aide d'une attelle de gutta-percha, soigneusement matelassée et embrassant une partie de l'avant-bras. Dans un dernier examen, que je fis au bout de 6 ou 8 mois, je constatai que les mouvements de l'articulation carpo-métacarpienne étaient presque aussi libres qu'avant ; mais le métacarpien continuait à faire une légère saillie. »

OBSERVATION 27

(*même source*)

« Charles Flamignan, à l'âge de 27 ans, se luxa incomplètement le premier métacarpien en arrière, en

donnant un coup de poing. Il ne vit pas de chirurgien, et bien que l'os continuât à faire une saillie, et que l'articulation fût assez lâche pour que le blessé pût réduire seul le déplacement, la gêne qui en résultait était minime. Au bout d'un certain temps, les mouvements étaient aussi libres que de l'autre côté.

Un mois environ avant de me consulter, 25 ans après le premier accident, le malade se tordit encore le pouce. Il était alors employé en qualité de machiniste et avait 53 ans. A ce moment, la luxation était complète et le chevauchement mesurait 6 millimètres. Le pouce était à peu près droit, et son axe presque parallèle à celui des os de l'avant-bras, peut-être avec un léger degré de flexion. Je réduisis facilement le déplacement à l'aide d'une extension modérée, et appliquai une attelle de gutta percha. Mais je n'ai pas revu ce malade depuis, et je ne sais rien du résultat final.

La luxation, dans ce cas, était au début incomplète.

OBSERVATION 28 (*Résumée*)

(GIRARD. — Thèse, 1885.)

Charles C..., ébéniste, âgé de 32 ans, tomba d'une certaine hauteur, le 4 septembre 1884 et se blessa au pouce droit. Aucun traumatisme antérieur n'avait in-

téressé avant ce jour l'articulation lésée. Son accident se produisit ainsi : tombant à la renverse, d'une chaise sur laquelle il était monté, il cherche à se retenir et étend le bras droit, la main étant ouverte. Le coin d'un meuble heurte violemment l'éminence thénar et cause l'accident : le corps résistant, sur lequel le malade est tombé, a donc poussé en arrière le métacarpien. Le blessé souffre du pouce qu'il ne peut remuer. On observe une saillie au niveau de la région postéro-externe de la deuxième rangée du carpe.

La réduction est facilement obtenue. Comme appareil, on met sur la face postérieure de l'articulation un petit tampon d'ouate par dessus lequel on applique une petite attelle plongée elle-même au milieu d'une masse de coton. Le tout est serré par une bande. Le malade guérit complètement.

OBSERVATION 29 (*Résumée*)

(*même source*)

Un tanneur de 26 ans, Joseph P..., avait été blessé par l'instrument appelé toupie, qui lui avait fait une plaie du pouce intéressant l'articulation métacarpo-phalangienne. Après guérison complète de cette plaie qui avait causé une arthrite suppurée de l'articulation métacarpo-phalangienne, on constate une luxation trapézo-métacarpienne se manifestant par une

saillie notable de la tête du premier métacarpien en arrière du trapèze. La luxation datant de plusieurs mois, ne peut être réduite à la première tentative ; or, le malade s'oppose à tout nouvel essai.

OBSERV ION 30 (*Résumée*)

(CARRETTE. — Thèse de Paris, 1894.)

Pierre G..., ébarbeur, âgé de 49 ans, voulait soulever un lourd fardeau au moyen d'un levier. Pendant la manœuvre, il est surpris par un accident fortuit et pousse de sa main avec une violence brutale sur l'extrémité du levier. Aussitôt il éprouve une violente douleur de la portion supérieure de l'éminence thénar. Le lendemain de l'accident, 16 août 1890, il est examiné par un chirurgien. On constate une saillie nette de la tête du premier métacarpien en arrière. La réduction de cette luxation s'opère facilement : un appareil est placé pour la maintenir et la guérison est complète au bout de 6 semaines.

CONCLUSIONS

1. Les luxations trapézo-métacarpiennes sont des luxations rares, nous n'avons pu en réunir que 30 observations.

2. Bien qu'elles se produisent presque toujours en arrière, nous en avons observé 2 cas uniquement en dehors.

3. Elles sont essentiellement caractérisées par une tuméfaction notable de la tête du métacarpien.

4. Les symptômes fonctionnels très marqués au début vont progressivement en s'amendant; même dans les cas où la réduction n'a pas été faite le malade recouvre la presque totalité de ses mouvements.

5. La réduction est généralement facile, même longtemps après l'accident et on n'a jamais eu l'occasion de faire une intervention sanglante. Par

contre la contention est très difficile et l'application d'un appareil est indispensable.

Vu : le Président de la Thèse,
TILLAUX.

Vu : le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ANDREWS (Edm.). — Encyclopédie internat. de chir., Paris, 1885.
- BEGUIN. — Nouv. éléments de chir. et de méd. opérat., Paris, 1838.
- BLUM. — Chirurgie de la main, Paris, 1882.
- BÉRARD. — *Gazette des Hôpitaux*, 45, p. 242.
- BOYER. — Leçons sur les mal. des os rédigées par Richerand, Paris, an XI.
- BOURGUET. — *Revue médico-chirurgicale*, t. XVI, p. 93, 1853.
- COOPER (A.). — Traduction de Chassaignac et Richelot, Paris, 1857.
- CALLISEN. — Œuvres. Edition de 1800.
- CARAYON. — *Thèse*, Paris, 1872.
- CELSE. — Trad. de Charles des Etangs, livre VIII, p. 18.
- COOPER (Samuel). — Diction. de chirurgie pratique. Trad., Paris, 826.
- DU VERNEY. — Traité des maladies des os, 1751.
- E. FOLLIN et DUPLAY. — Pathologie externe, Paris, 1869.
- FOUCHER. — Diagnostic des maladies chir., 66-69.
- Bulletin de la Soc. anatomique*, 2^e série, t. I, p. 6, 1856.
- GUÉRIN (Roze). — Bull. de la Soc. anat., 2^e série, t. III, p. 266, 1858.
- GILLETTE. — Clin. chirurg. des Hôp. de Paris, 1877, p. 38.
- GIRARD (A.). — *Thèse*, Paris, 1884.
- HAMILTON. — Fract. et luxat. Trad. Poinso, Paris, 1884.
- HIPPOCRATE. — Œuvres complètes, chap. xxix et xxx, p. 139 et 161. Traduction de Littré.
- KENIG (Frantz). — Trad. de Comte, Paris, 1890.
- LE DENTU. — Traité de chirurgie, 1901, t. III, p. 127.
- MALGAIGNE. — Traité des fract. et des luxat., Paris, 1855.
- MANNE. — Traité élément. des mal. des os, Toulon, 1789.

NÉLATON. — Elém. de path. chir., Paris, 74.

PARÉ (Ambroise). — Œuvres. Edition Malgaigne, T. XIV, chap. xxix.

PELLERIN. — *Thèse*, Paris, 64.

PETIT (J. Z.). — *Traité des mal. des os*, 1772. Edition de 1837, chap. x, p. 78.

POLAILLON. — *Dic. de méd. et de chir. Art. main.*

RECLUS et DUPLAY. — *Traité de chir.*, 2^e éd., 1897, t. III, p. 214.

ROSE (W.). — *Chir. anatomique*, 2^e éd. franç., Paris, 72.

SAUREL. — *Traité de chir. nasale*, Paris, 61.

TILLAUX. — *Chir. clinique.*

VERDUC (Laurent). — *La manière de guérir par le moyen des bandages les fractures et les luxations qui arrivent au corps humain*, 1712.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Historique	11
Anatomie	15
Anatomie pathologique et variétés.	17
Etiologie. — Mécanisme	21
Symptômes.	24
Pronostic	28
Diagnostic	31
Traitement.	33
Observations	37
Conclusions.	67
Bibliographie	69

